



ANEXO 1: LISTA DE DOCUMENTOS SUGERIDOS COMO COMPROBATÓRIOS DE ACORDO COM A COMORBIDADE

Quadro 1. Condições de saúde e documento comprobatório (sugestão de uso acompanhando a Declaração que pode ser preenchida pelo paciente/usuário ou profissional que esteja apoiando os cuidados em saúde).

Condição de Saúde	Sugestão de Documento comprobatório
Diabetes mellitus e utilizo medicamentos conforme receita em anexo (válido receita dos últimos 3 anos).	Laudo médico ou receita médica contendo qualquer medicamento antidiabético: Metformina (Glifage), Insulina, Glibenclamida, Glimepirida, Gliclazida, Glipizida, Repaglinida, Dapaqliflozina, Vildagliptina, Liraqlutida, Semaqlutida.
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica e utilizo medicamentos conforme receita em anexo (válido receita dos últimos 3 anos).	Laudo médico ou receita médica contendo broncodilatadores, anticolinérgicos, beta-agonistas e/ou corticóides (por exemplo formoterol, Salmeterol, Budesonida).
Asma grave com uso de medicamento contínuo E corticóide via oral recorrente (prednisona) OU história de internação (permanência no hospital devido a asma OU necessidade de UTI devido a asma) – conforme receitas ou espirometria em anexo.	Espirometria com laudo de Doença Obstrutiva Moderada ou Grave OU laudo Médico.
Fibrose pulmonar – conforme espirometria em anexo (sem prazo de validade).	Espirometria que apresente laudo com padrão restritivo.
Hipertensão Arterial Resistente e utilizo mais de três medicamentos para controle da pressão, conforme receita em anexo. Importante que a pessoa deve estar recebendo um medicamento de cada grupo (no mínimo 3 grupos) – em caso de dúvida converse com um profissional de saúde (válido receita dos últimos 3 anos).	Laudo médico ou receita médica contendo no mínimo 3 dos grupos abaixo: Grupo 1: Captopril, Enalapril, entre outros Grupo 2: Propranolol, Atenolol, Metroprolol Grupo 3: Anlodipino Grupo 4: Losartana Grupo 5: Hidroclorotiazida, Moduretic, Clortalidona
Hipertensão arterial estágio 3.	Laudo Médico.
Hipertensão arterial estágios 1 e 2 com lesão em órgão-alvo e/ou comorbidade.	Laudo Médico.
Insuficiência Cardíaca ou o médico disse que apresento o coração grande e necessito tomar os medicamentos na receita em anexo.	Medicamentos do coração e/ou da pressão: Grupo 1: Captopril, Enalapril, entre outros Grupo 2: Propranolol, Atenolol, Metroprolol Grupo 3: Anlodipino Grupo 4: Losartana Grupo 5: Hidroclorotiazida, Moduretic, Clortalidona Grupo 6: Furosemida (Lasix), Espironolactona
Cardiopatias e utilizo medicamentos presentes na lista apresentada conforme receita em anexo.	Laudo que comprove Cor-pulmonale crônico, hipertensão pulmonar primária ou secundária. Medicamentos: Amiodarona, Espironolactona, Varfarin/Xarelto.
Valvopatias ou recebi indicação de cirurgia ou já realizei cirurgia para trocar a valva cardíaca.	Qualquer documento comprobatório.
Realizei transplante de órgão ou medula conforme documento em anexo.	Documento que comprove o transplante em qualquer momento – sem data de validade.
Vivo com HIV	Qualquer documento comprobatório.
Doença reumatológica imunomediada sistêmica em atividade ou do sistema imune e necessito de medicamento imunossupressor contínuo conforme receita em anexo.	Laudo médico ou receita médica contendo: Prednisona ou equivalente > 10 mg/dia ou pulsoterapia com corticóide e/ou ciclofosfamida. Demais imunossupressores. (receita dos últimos 6 meses)
Tive câncer e realizei quimioterapia ou radioterapia nos últimos seis meses (após outubro de 2020).	Laudo de diagnóstico ou marcação de quimioterapia ou radioterapia com data após outubro de 2020.
Doença renal crônica	Qualquer documento comprobatório: Para pacientes em diálise qualquer comprovante ou agendamento da diálise. Apresentar exame com % da função renal conforme preconizado (em atualização).
Doença cerebrovascular – tive um acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico conforme laudos ou documentos em anexo.	Laudo médico ou outro documento comprobatório que confirme acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico; ataque isquêmico transitório; demência vascular (por exemplo, alta hospitalar - com descrição de AVC, AIT, demência vascular (sem validade).



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
Unidade de Vigilância Epidemiológica
Equipe de Vigilância de Doenças Transmissíveis



Obesidade mórbida com peso e altura conforme IMC superior a 40.	Laudo médico ou declaração de próprio punho com peso e altura.
Cirrose hepática	Ecografia (US) com laudo de provável cirrose OU Endoscopia com varizes esofágicas
Infarto Agudo do Miocárdio ou possui angina e utilizo medicações de uso contínuo conforme receita em anexo.	Laudo Médico ou outro documento que comprove síndrome coronariana crônica (Angina Pectoris estável, cardiopatia isquêmica, pós Infarto Agudo do Miocárdio, outras). Medicamentos em uso: clopidogrel, varfarina, nitrato, isordil. Ou documento que comprove história prévia de infarto ou angina.
Fibrose cística	Documento que comprove a condição – sem data de validade.
Síndrome de Down	Documento que comprove a condição – sem data de validade.
Anemia falciforme	Documento que comprove a condição – sem data de validade.
Sou portador de deficiência e recebo o BPC (Benefício de Prestação Continuada)	Conforme lista do BPC.